第９号様式（第10条関係）

ふぐ営業認証申請書

年　　月　　日

　川崎市保健所長　様神奈川県知事（神奈川県保健福祉事務所長）

　　　　申請者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　（　　　　　）　　　　―

　神奈川県ふぐ取扱い及び販売条例第８条の規定により、次のとおりふぐ営業をしたいので関係書類を添えて申請します。

１　営業の施設の所在地

　　川崎市　　　　区

２　営業の施設の名称

３　営業の施設の電話番号

４　専属のふぐ包丁師の氏名及び免許番号

　　第　　　　　　　　　号

法人にあっては、主たる

事務所の所在地、名称及

び代表者の氏名